

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-469050

*Couvrier*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>9398</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BAHLAOUANE Abderrahim</b>			
Date de naissance : <b>11 MAI 1969</b>			
Adresse : <b>LOT Elham Rue 9 N° 28 EL OUEFA CASA</b>			
Tél. : <b>06 59 35 45 00</b>	Total des frais engagés : <b>200,51</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>04 DEC. 2019</b>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
**Fait à : NOUACEUR**   
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : **03 / 12 / 2019**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-469050
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Anesthésie Med reda	
Matricule : <b>9398</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>BAHLAOUANE</b>	
Total des frais engagés : <b>200,51</b>	
Date de dépôt : <b>04/12/19</b>	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/01/10	Consultation	1	200,00	INP : <b>Hassiba HANANE</b> Anesthésie ORL Beaulieu 198, Bd Chambéry 0522 99 42 40 Fax: 0522 99 42 40

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>RHMIS B100</i>			<i>100,51</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
		$\begin{array}{r} H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			

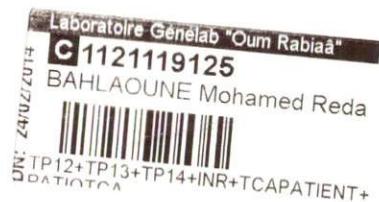
م م ج ب و س ي ج و ر

# CLINIQUE O.R.L. BEAUSEJOUR

Le Dr. H. 2018

ENT BAHLAOUNE REDA

R  
C  
T C A



A. Ab.  
Clinique  
O.R.L.  
Or Réau  
99  
Bd. Ghandi  
Casablanca  
Maroc  
Tél.: 05 22 99 42 41

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"**

**Docteur Mohamed BENAZZOUZ**

**Pharmacien Biogiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,

genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE\_bio : 097163968 - INPE\_lab : 093001394- IF : 51485800

**FACTURE**

Casablanca , le 13/11/2019

**Facture N° 121119-125 du 12/11/2019**

**MUPRAS**

**Dr : FENNANE ABDELFETTAH**

N°Bon de soin Mle

**Patient BAHLAOUNE Mohamed Reda**

<b>Analyses</b>	<b>Valeur en B</b>	<b>Montant</b>
TAUX DE PROTHROMBINE	50	44,50
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	50	44,50
<b>Total B</b>	<b>100</b>	<b>89,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>11,51</b>
<b>Total</b>		<b>100,51</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**Cent dirhams 51 centimes\*\*\***

Laboratoire Genelab  
Oum Rabiaâ  
M. P. 1722905937  
Bd. Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,  
Tél: 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61  
Mobile : 0661763068/Watsapp 0676845202  
ICE: 001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE : 097163968 - INPE\_lab : 093001394- IF : 51485800

